

2006

**Sistema de vigilancia de los factores de riesgo
conductuales**

Arizona

Arizona Behavioral Risk Factor Surveillance System

Introduction and Screener	3
Seccion 1: Estado de salud	5
Seccion 2: Dias en los que se siente saludable – Calidad de vida en relacion a la salud	5
Seccion 3: Acceso a cuidados medicos	6
Seccion 4: Actividad fisica	6
Seccion 5: Diabetes	7
Modulo 4: Diabetes	7
Seccion 6: Salud bucal (Oral Health)	10
Seccion 7: Incidencia de enfermedades cardiovasculares	11
Seccion 8: Asma	11
Seccion 9: Discapacidad	12
Seccion 10: Consumo de tabaco	12
Seccion 11: Caracteristicas demograficas	13
Seccion 12: Ex-combatientes	17
Seccion 13: Consumo de alcohol	17
Seccion 14: Inmunizacion	18
Seccion 15: Caidas	21
Seccion 16: Uso de cinturón de seguridad	22
Seccion 17: Manejar en estado de ebriedad	22
Seccion 18: Salud femenina	22
Seccion 19: Deteccion del cancer de prostata	24
Seccion 20: Deteccion del cancer colorrectal	25
Seccion 21: VIH/SIDA	26
Seccion 22: Apoyo emocional y grado de satisfaccion con la vida	27
Transicion a modulos	29
Modulo 1: Seleccion aleatoria de ninos	30
Modulo 3: Incidencia del asma infantil	32
Modulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares	32
Modulo 8: Planificacion familiar	35
Modulo 10: Politicas acerca del tabaquismo pasivo	37
Modulo 11: Calidad del aire dentro del hogar	39
State-Added 1: Oral Health	40
State-Added 2: Epilepsy	40
State-Added 3: Fruits & Vegetables	41
State-Added 4: Physical Activity	43
State-Added 5: Folic Acid	45
State-Added 6: COPD	45
Module 17: General Preparedness	46
State-Added 7: Emergency Preparedness	48
Asthma Follow-up Questions	49
Closing Statement	49
Language Indicator	49

***Module 17 and State-Added 7 added beginning April 1, 2006.**

Introduction and Screener

HOLA, llamo de parte del **Arizona Department of Health Services** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Mi nombre es **(nombre)**. Estamos recopilando información sobre la salud de los residentes de **Arizona**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar, y me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

Hablo al **(numero de telefono)**?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero es probable que haya llamado a un número equivocado. Es posible que su número sea seleccionado en otra oportunidad. Perdón por la molestia, adiós. **COLGAR**

Es esta una casa de familia?

En caso negativo,

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos haciendo esta encuesta en casas de familia. **COLGAR**

Es este un teléfono celular? **{Read only if necessary:** Un teléfono celular es un teléfono portátil que puede utilizar fuera de su propio barrio. }

En caso afirmativo,

Muchas gracias, pero por el momento solo estamos llamando a teléfonos de línea y a domicilios particulares para realizar esta encuesta. **COLGAR**

Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su hogar. Cuántos miembros de su familia, incluyendo a usted, tienen 18 años o más?

___ Cantidad de adultos

En caso de ser “1”,

Es usted el adulto?

En caso afirmativo,

En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación (Preguntar el sexo, de ser necesario) **Go to confidentiality statement.**

En caso negativo,

El adulto es hombre o mujer? Indique 1 hombre o 1 mujer a continuación. Podría hablar con **[completar con (el/ella) de acuerdo con la pregunta anterior]**? **Pase a “correct respondent” en la página siguiente.**

Cuántos de estos adultos son hombres y cuántos son mujeres?

___ Cantidad de hombres

___ Cantidad de mujeres

El integrante de su familia con quien necesito hablar es _____.

En caso de ser “usted”, g oto confidentiality statement

Correct Person:

HOLA, mi nombre es **(nombre)**. Llamo de parte del **Arizona Department of Health Services** y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de **Arizona**. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para ser encuestado, por lo que desearía hacerle algunas preguntas sobre la salud y sus comportamientos en lo que se relaciona con la salud.

Confidentiality Statement:

No le preguntaré su nombre, dirección ni ninguna otra información personal que pudiera llegar a identificarle. Si hay alguna pregunta que no desee contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me brinde será estrictamente confidencial. Si tiene preguntas acerca de esta encuesta, puedo darle un número de teléfono donde puede llamar para obtener más información.

//[The call may be monitored for quality assurance purposes.]

Seccion 1: Estado de salud

- 1.1 Diria usted que su estado de salud general es (73)
- Por favor, lea:**
- 1 Excelente
 - 2 Muy bueno
 - 3 Bueno
 - 4 Regular
- o
- 5 Malo
- No lea:**
- 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Seccion 2: Dias en los que se siente saludable – Calidad de vida en relacion a la salud

- 2.1 Con respecto a su estado de salud fisica, lo que incluye tanto enfermedades como lesiones fisicas, cuantos dias durante los ultimos 30 dias tuvo problemas de salud? (74–75)
- ___ Cantidad de dias
- 8 8 Ninguno.
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar
- 2.2 Con respecto a su estado de salud mental, lo que incluye estres, depresion y problemas emocionales, cuantos dias durante los ultimos 30 dias sintio que su estado de salud mental no era bueno? (76–77)
- ___ Cantidad de dias
- 8 8 Ninguno **[Si P2.1 y P2.2 = 88 ("Ninguno"), pase a la siguiente seccion]**
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar
- 2.3 Durante los ultimos 30 dias, en cuantos dias sintio que los problemas relacionados con su salud mental o fisica le impidieron realizar sus actividades habituales, tales como cuidados personales, trabajo o recreacion? (78-79)
- ___ Cantidad de dias
- 8 8 Ninguno
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a

Seccion 3: Acceso a cuidados medicos

3.1 Tiene algun tipo de cobertura medica, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como los brindados por las HMO (Health Maintenance Organizations, u Organizaciones de Mantenimiento de la Salud), u otros planes gubernamentales como Medicare? (80)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

3.2 Hay alguna persona en particular a la que usted considere su medico de cabecera o proveedor de atencion medica?

En caso negativo, pregunte: "Hay mas de una, o no hay ninguna persona a la que considere su medico de cabecera o proveedor de atencion medica?" (81)

- 1 Si, solo una
- 2 Mas de una
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

3.3 En los ultimos 12 meses, hubo algun momento en que necesito consultar a un medico pero no pudo hacerlo por razones economicas? (82)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

3.4 Cuando fue la ultima vez que fue al medico para hacerse un chequeo de rutina? Un chequeo de rutina es un examen fisico general, no un examen realizado como consecuencia de una lesion, enfermedad o afeccion especifica. (83)

- 1 En el ultimo ano (entre 1-12 meses)
- 2 En los ultimos dos anos (entre 1-2 anos)
- 3 En los ultimos 5 anos (entre 2-5 anos)
- 4 Hace 5 anos o mas
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 Nunca
- 9 Rehuso contestar

Seccion 4: Actividad fisica

- 4.1 En el ultimo mes, exceptuando lo relativo a su trabajo, participo en alguna actividad fisica o hizo algun tipo de ejercicio como correr, caminar, hacer gimnasia, jugar al golf o realizar actividades de jardineria? (84)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Seccion 5: Diabetes

- 5.1 Alguna vez algun medico le informo que usted tenia diabetes?
- Si la persona encuestada es mujer y responde "si", preguntele: "Fue unicamente durante el embarazo?"**
- Si el encuestado / la encuestada contesta que le habian diagnosticado prediabetes ("borderline diabetes"), utilice el codigo de respuesta 4. (85)
- 1 Si
 - 2 Si, pero la encuestada dijo que se le diagnostico unicamente durante el embarazo
 - 3 No
 - 4 No, prediabetes o diabetes limitrofe.
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Modulo 4: Diabetes

Haga las siguientes preguntas si la respuesta a la pregunta basica 5.1. (codigo =1) fue afirmativa.

- Mod4_1. Que edad tenia cuando le informaron que tenia diabetes? (229-230)
- ___ Codifique la edad en anos [97 = 97 y mas]
- 9 8 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar
- Mod4_2. Esta tomando insulina? (231)
- 1 Si
 - 2 No
 - 9 Rehusó contestar
- Mod4_3. Esta tomando pildoras para la diabetes? (232)
- 1 Si

- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod4_4. Aproximadamente, con que frecuencia controla su nivel de glucosa o azucar en sangre? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico. (233-235)

- 1 __ Veces por dia
- 2 __ Veces por semana
- 3 __ Veces por mes
- 4 __ Veces por ano
- 8 8 8 Nunca
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Rehusó contestar

Mod4_5. Con que frecuencia se examina los pies para detectar heridas o irritaciones? Incluya las ocasiones en que fue controlado por un familiar o amigo, pero no cuando el control lo realizo un medico. (236-238)

- 1 __ Veces por dia
- 2 __ Veces por semana
- 3 __ Veces por mes
- 4 __ Veces por ano
- 8 8 8 Nunca
- 5 5 5 No tiene pies
- 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 Rehusó contestar

Mod4_6. Ha tenido alguna vez alguna herida o irritacion en los pies que tardo mas de cuatro semanas en sanar? (239)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod4_7. Aproximadamente, cuantas veces consulto a un medico, enfermera u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los ultimos 12 meses? (240-241)

- __ Cantidad de veces [76 = 76 o mas]
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

Mod4_8. La prueba "A1C" mide el nivel promedio de azucar en la sangre durante los ultimos tres meses. Cuantas veces ha controlado un medico, enfermera u otro profesional de la salud su "A-uno-C" en los ultimos 12 meses? (242-243)

- __ Cantidad de veces [76 = 76 o mas]

- 8 8 Ninguna
- 9 8 Nunca ha oido hablar de la prueba "A-uno-C".
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la P5=555 (no tiene pies), pase a la P10.

Mod4_9. Cuantas veces en los ultimos 12 meses un profesional de la salud le ha examinado los pies para detectar una posible herida o irritacion?

(244-245)

- — Cantidad de veces [76 = 76 o mas]
- 8 8 Ninguna
 - 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 Rehusó contestar

Mod4_10. Cuando fue la ultima vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto le habria ocasionado una sensibilidad temporal a la luz brillante.

(246)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo mes (en cualquier momento en el ultimo mes)
- 2 En el ultimo ano (hace mas de un mes pero menos de 12 meses)
- 3 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 4 Hace 2 anos o mas
- 8 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod4_11. Su medico le ha informado en alguna ocasion que la diabetes le ha afectado los ojos o que ha tenido una retinopatia?

(247)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod4_12. Ha tomado alguna vez algun curso o clase sobre como controlar usted mismo su diabetes?

(248)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 6: Salud bucal (Oral Health)

- 6.1.** Cuando fue la ultima vez que visito a un dentista o que fue a una clinica dental por algun motivo? Incluya visitas a especialistas dentales, por ejemplo, ortodoncistas. (86)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 o mas anos
- 7 No sabe / No esta seguro/a

No lea:

- 8 Nunca
- 9 Rehusó contestar

- 6.2.** Cuantos dientes permanentes le han sacado por problemas de caries o de encia? Incluya los dientes que haya perdido debido a una infeccion, pero no los que haya perdido por otros motivos, como una lesion u ortodoncia. (87)

- 1 1 a 5
- 2 6 o mas, pero no todos
- 3 Todos
- 8 Ninguno.
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

NOTA: Si le extrajeron las muelas de juicio por problemas de caries o de encia, debe incluirlas en la cantidad de dientes perdidos.

Nota CATI: Si P1 = 8 (Nunca) o P2= 3 (Todos), pase a la seccion siguiente.

- 6.3.** Cuando fue la ultima vez que un dentista o higienista le hizo una limpieza dental? (88)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de un ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 anos o mas
- 8 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 7: Incidencia de enfermedades cardiovasculares

Ahora me gustaria hacerle algunas preguntas acerca de las enfermedades cardiovasculares.

ALGUNA VEZ algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le informo que tenia alguna de las siguientes afecciones? En cada pregunta, responda "si", "no", o "no estoy seguro".

7.1 (Alguna vez le informaron) que usted habia tenido un ataque cardiaco, tambien llamado infarto de miocardio? (89)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

7.2 (Alguna vez le informaron) que habia tenido angina o una enfermedad de las arterias coronarias? (90)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

7.3 (Alguna vez le informaron) que usted habia sufrido un derrame cerebral? (91)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 8: Asma

8.1 Alguna vez algun medico, enfermera u otro profesional de la salud le dijo que usted tenia asma? (92)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

8.2 Aun tiene asma? (93)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 9: Discapacidad

Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles problemas o limitaciones de salud.

- 9.1** Tiene actualmente alguna limitacion para realizar alguna actividad debido a problemas fisicos, mentales o emocionales? (94)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar |

- 9.2** Tiene actualmente algun problema de salud que le exija usar algun tipo de equipo especial como baston, silla de ruedas o cama o telefono especial? (95)
- Incluya el uso ocasional o el uso de estos equipos en determinadas circunstancias especificas.**
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar |

Seccion 10: Consumo de tabaco

- 10.1** Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (96)
- NOTA: 5 cajillas = 100 cigarrillos**
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Si | |
| 2 | No | [Pase a la siguiente seccion] |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la siguiente seccion] |
| 9 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente seccion] |

- 10.2** Actualmente, fuma cigarrillos todos los dias, a veces o nunca? (97)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1 | Todos los dias | |
| 2 | A veces | |
| 3 | Nunca | [Pase a la siguiente seccion] |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la siguiente seccion] |
| 9 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente seccion] |

- 10.3** En los ultimos 12 meses, dejo de fumar durante un dia o mas debido a que estaba intentando dejar de hacerlo? (98)
- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a |

Seccion 11: Caracteristicas demograficas

11.1 Que edad tiene? (99-100)

- ___ Codifique la edad en anos
0 7 No sabe / No esta seguro/a
0 9 Rehuso contestar

11.2 Es usted hispano/a o latino/a? (101)

- 1 Si
2 No
7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehuso contestar

11.3 Cual o cuales de los siguientes diria que es el grupo etnico al que usted pertenece? (102-107)

(Marque todas las opciones que correspondan)

Por favor lea:

- 1 Blanco
2 Negro o Afroamericano
3 Asiatico
4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
5 Indio americano o nativo de Alaska
U
6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehuso contestar

Nota CATI: En caso de multiples respuestas a la P11.3, continue. De no ser asi, pase a la P11.5

11.4 Cuales de los siguientes grupos diria usted que representa mejor el suyo? (108)

- 1 Blanco
2 Negro o Afroamericano
3 Asiatico
4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
5 Indio americano o nativo de Alaska
6 Otro [especifique] _____
7 No sabe / No esta seguro/a

9 Rehuso contestar

11.5 Usted...? (109)

Por favor lea:

- 1 Esta casado/a
- 2 Esta divorciado/a
- 3 Es viudo/a
- 4 Esta separado/a
- 5 Nunca se ha casado
- 6 Vive en pareja pero sin estar casado/a

No lea:

9 Rehuso contestar

11.6 Cuantos ninos menores de 18 anos viven con usted? (110-111)

- ___ Cantidad de ninos
- 8 8 Ninguno.
 - 9 9 Rehuso contestar

11.7 Cual es el nivel de educacion mas alto alcanzado? (112)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 Nunca fue a la escuela o solo recibio educacion preescolar.
- 2 De 1° a 8° grado (Primaria)
- 3 Del 9° al 11° grado (educacion secundaria incompleta)
- 4 12° grado o GED / Certificado de Desarrollo de Educacion General (Graduado/a de la escuela secundaria)
- 5 De 1 a 3 anos de Universidad (algun tipo de educacion universitaria o tecnica de nivel terciario)
- 6 4 o mas anos de Universidad (Graduado/a universitario/a)
- 9 Rehuso contestar

11.8 Actualmente, usted...? (113)

Por favor lea:

- 1 Es empleado/a asalariado/a
- 2 Es trabajador(a) independiente
- 3 Esta desempleado/a desde hace mas de 1 ano
- 4 Esta desempleado/a desde hace menos de 1 ano
- 5 Realiza las tareas del hogar
- 6 Es estudiante
- 7 Esta jubilado/a
- o
- 8 Esta incapacitado/a para trabajar

No lea:

9 Rehuso contestar

11.9 Tomando en cuenta todas las fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su núcleo familiar son de --- (114-115)

Si el encuestado / la encuestada responde que "no" a todos los niveles de ingresos, indique código "99" (Rehusó contestar)

Lea solo si fuera necesario:

04 Menos de \$25.000 **En caso negativo, pregunte 05; en caso afirmativo, pregunte 03**
(entre \$20.000 y \$25.000)

03 Menos de \$20.000 **En caso negativo, pregunte 04; en caso afirmativo, pregunte 02**
(entre \$15.000 y \$20.000)

02 Menos de \$15.000 **En caso negativo, pregunte 03; en caso afirmativo, pregunte 01**
(entre \$10.000 y \$15.000)

01 Menos de \$10.000 **En caso negativo, código 02**

05 Menores a \$35.000 **En caso negativo, pregunte 06**
(entre \$25.000 y \$35.000)

06 Menos de \$50.000 **En caso negativo, pregunte 07**
(entre \$35.000 y \$50.000)

07 Menos de \$75.000 **En caso negativo, código 08**
(entre \$50.000 y \$75.000)

08 \$75.000 o más

No lea:

77 No sabe / No está seguro/a

99 Rehusó contestar

11.10 Aproximadamente, cuánto pesa sin zapatos? (116-119)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 116.

Redondee los decimales la cantidad mayor

____ de peso (libras/kilos)
7 7 7 7 No sabe / No está seguro/a
9 9 9 9 Rehusó contestar

11.11 Aproximadamente, cuánto mide sin zapatos? (120-123)

Nota: Si el encuestado / la encuestada responde en sistema métrico, indique "9" en la columna 120.

Redondee los decimales hacia abajo

$\frac{_}{7777}$ / $\frac{_}{9999}$ de estatura (*pies/ pulgadas/ metros/ centimetros*)
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.12 En que condado vive? (124-126)

$\frac{_}{777}$ / $\frac{_}{999}$ Código FIPS [Federal Information Processing Standards] del condado
No sabe / No esta seguro/a
Se niega a responder

11.13 Cual es el código postal de la localidad donde vive? (127-131)

$\frac{_}{77777}$ / $\frac{_}{99999}$ Código postal
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.14 Tiene mas de un número de teléfono en su hogar? No incluya números de teléfonos celulares ni números que solo se utilicen para una computadora o un fax. (132)

1 Si
2 No **[Pase a la P11.16]**
7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la P11.16]**
9 Rehusó contestar **[Pase a la P11.16]**

11.15 Cuantos de estos números de teléfono son números particulares? (133)

$\frac{_}{7}$ / $\frac{_}{9}$ Números de teléfono particulares **[6=6 o mas]**
No sabe / No esta seguro/a
Rehusó contestar

11.16 En los últimos 12 meses, su hogar ha estado sin servicio telefónico durante 1 o mas semanas? No incluya los cortes del servicio telefónico debido a situaciones climáticas o desastres naturales. (134)

1 Si
2 No
7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehusó contestar

11.17 Indique el sexo del encuestado / de la encuestada. Pregunte solo si es necesario. (135)

1 Masculino **[Pase a la siguiente sección]**
2 Femenino **[Si la encuestada es mayor de 45 años, pase a la siguiente sección]**

- 11.18** Que usted sepa, esta embarazada? (136)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta segura
 - 9 Rehusó contestar

Seccion 12: Ex-combatientes

La siguiente pregunta trata sobre el servicio militar en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o la Unidad de Reserva.

- 12.1** Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular o en la Guardia Nacional o en la unidad de reserva militar? (137)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Seccion 13: Consumo de alcohol

- 13.1** En los últimos 30 días, ha bebido al menos un trago de cualquier bebida alcohólica, como cerveza, vino, bebidas a base de malta o alcoholes fuertes destilados (liquor)? (138)
- 1 Si
 - 2 No **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 9 Rehusó contestar **[Pase a la siguiente seccion]**

- 13.2** En los últimos 30 días, en cuantos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica? (139-141)
- 1 _____ Días por semana
 - 2 _____ Días en los últimos 30 días
 - 8 8 8 Ningun trago en los últimos 30 días **[Pase a la siguiente seccion]**
 - 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 9 9 Rehusó contestar

- 13.3** Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor fuerte. Los días en que bebió, en los últimos 30 días,

aproximadamente cuantos tragos bebio en promedio?

(142-143)

— — Cantidad de tragos
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusó contestar

13.4 Si incluye todos los tipos de bebidas alcoholicas, cuantas veces en los ultimos 30 dias tomo **X [CATI X= 5 para hombres, X = 4 para mujeres]** o mas tragos en una ocasion?

(144-145)

— — Cantidad de veces
8 8 Ninguna
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusó contestar

13.5 En los ultimos 30 dias, cual fue la maxima cantidad de tragos que bebio en una misma ocasion?

(146-147)

— — Cantidad de tragos
7 7 No sabe / No esta seguro/a
9 9 Rehusó contestar

Seccion 14: Inmunizacion

14.1 La vacuna contra la gripe es una inmunizacion contra el virus de la influenza que se inyecta en el brazo. En los ultimos 12 meses, se ha vacunado contra la gripe?

(148)

1 Si
2 No
7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehusó contestar

14.2 En los ultimos 12 meses, ha recibido una vacuna contra la gripe en forma de spray nasal? La vacuna contra la gripe en forma de spray nasal se conoce tambien como FluMist™.

(149)

1 Si
2 No
7 No sabe / No esta seguro/a
9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si P14.1 o P14.2 = 1 (Si), continúe; de lo contrario pase a la P14.4s.

NOTA: Formule las preguntas 14.3s a 14.8s solo si se activa el 'Suplemento de gripe en adultos'. Behavioral Surveillance Branch avisara y proporcionara instrucciones para llevar a cabo el 'Suplemento de gripe en adultos'.

{Per CDC instruction, questions s14q3s-s14q8s will not be activated for data collection in January; questions will remain inactive until further notice.}

14.3s En que mes y ano lo vacunaron por ultima vez contra la gripe? Su vacuna mas reciente contra la gripe puede haber sido inyectable o por spray o aerosol. (150-155)

__ / __ __ __ Mes / Ano
77 / 7777 No sabe / No esta seguro/a (**Pregunte: "Fue antes de septiembre de 2005?" Codifique aproximadamente mes y ano**)
99 / 9999 Rehusó contestar

Nota CATI: Si P14.3s fuera antes de 09/2005 o P14.3s = 77/7777 (No sabe) o 99/9999 (Rehusó contestar), continúe. De lo contrario, pase a la P14.5s.

14.4s Cual es la PRINCIPAL razon por la cual NO se ha vacunado contra la gripe para esta temporada? (156-157)

NOTA PARA EL ENCUESTADOR O LA ENCUESTADORA: Temporada de gripe = Septiembre de 2005 a marzo de 2006.

No lea las respuestas que aparecen a continuacion. Seleccione la categoria que mas se asemeje a la respuesta.

eficaz

0 1 Necesidad: No cree necesitarla / no se recomienda
0 2 Preocupacion por la vacuna: efectos secundarios/puede producir gripe/no es
0 3 Acceso / costo / inconveniencia
0 4 Escasez de vacunas: dejar vacunas para quienes mas la necesitan
0 5 Escasez de vacunas: trato de conseguir la vacuna pero no pudo
0 6 Escasez de vacunas: no reúne las condiciones para vacunarse
0 7 Alguna otra razon
7 7 No sabe / No esta seguro/a (**Pregunte: "Cual fue la principal razon?"**)
9 9 Rehusó contestar

14.5s Algun doctor, enfermera u otro profesional de la salud alguna vez le dijo que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (158)

Lea todos los problemas que se indican a continuacion:

Problemas pulmonares, inclusive asma
Problemas cardiacos
Diabetes
Problemas renales
Sistema inmunitario debilitado por enfermedades cronicas, por ejemplo cancer o VIH/SIDA o por medicamentos, por ejemplo, esteroides
-O-
Anemia falsiforme (drepanocitosis) u otro tipo de anemia

1 Si

- 2 No [Pase a la P14.8s]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P14.8s]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P14.8s]

14.6s Todavía padece (ese o cualquiera de esos) problema(s)? (159)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

14.7s En la actualidad trabaja en una institución de atención de la salud, por ejemplo, clínica médica, hospital u hogar para ancianos? Esto incluye trabajo de tiempo parcial y trabajo voluntario. (160)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la P14.9]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la P14.9]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P14.9]

14.8s Tiene contacto directo cara a cara o tiene que tocar a los pacientes como parte de su trabajo de rutina? (161)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

14.9 Normalmente la vacuna contra la neumonía o la vacuna neumococcica se administra solamente una o dos veces en toda la vida de una persona y es diferente de la vacuna contra la gripe. Alguna vez le administraron la vacuna neumococcica? (162)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

14.10 ALGUNA VEZ le administraron la vacuna contra la hepatitis B? La vacuna contra la hepatitis B se completa cuando se administra la tercera dosis. (163)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

14.11

Digame si CUALQUIERA de las siguientes frases le corresponde a USTED. NO me diga CUAL de ellas le corresponde; solamente si ALGUNA le corresponde:

(164)

Tiene hemofilia y le administraron un concentrado de factor de la coagulacion
{Read only if s11q17=1} Es hombre y tuvo relaciones sexuales con otros hombres,
incluso si fue solo una vez

Se ha inyectado drogas que se venden en la calle, incluso si fue solo una vez

Tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, incluso si fue solo una vez

Obtuvo un resultado positivo en una prueba del VIH

Tuvo relaciones sexuales (incluso si fue solo una vez) con alguien que podría haber
contestado "si" a cualquiera de estas afirmaciones

Durante el año pasado tuvo relaciones sexuales con dos o mas personas diferentes

Es Alguna de estas declaraciones cierta para usted?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a |
| 9 | Rehusó contestar |

Seccion 15: Caidas

Si el encuestado tiene 45 años o mas, continúe; de lo contrario pase a la siguiente seccion.

Las siguientes preguntas son acerca de caidas recientes. Definimos 'caida' como la accion por la cual una persona, accidentalmente, queda en el piso o en otro nivel mas bajo a aquel en el cual se encontraba.

15.1 En los ultimos 3 meses, cuantas veces se ha caido?

(165-166)

- | | | | |
|---|---|----------------------------|--------------------------------------|
| — | — | Cantidad de veces | [76 = 76 o mas] |
| 8 | 8 | Ninguna | [Pase a la siguiente seccion] |
| 7 | 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la siguiente seccion] |
| 9 | 9 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente seccion] |

15.2 Cuantas de esas caidas le produjeron lesiones? Entendemos por lesion aquello que fue consecuencia de la caida y que le limita sus actividades habituales por lo menos por un dia o que hace que tenga que ir al doctor.

(167-168)

- | | | | |
|---|---|----------------------------|--------------------------------------|
| — | — | Cantidad de caidas | [76 = 76 o mas] |
| 8 | 8 | Ninguna | [Pase a la siguiente seccion] |
| 7 | 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la siguiente seccion] |
| 9 | 9 | Rehusó contestar | [Pase a la siguiente seccion] |

Seccion 16: Uso de cinturon de seguridad

16.1 Cuando maneja o viaja como pasajero, con que frecuencia usa el cinturon de seguridad?
Diria que...

(169)

Por favor lea:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 Nunca manejo ni viaje en automovil
- 9 Rehusó contestar

Seccion 17: Manejar en estado de ebriedad

Nota CATI: Si P13.1 = 2 (No); Pase a la siguiente seccion.

17.1 En los ultimos 30 dias, cuantas veces manejo habiendo bebido tal vez demasiado?

(170-171)

- — Cantidad de veces
- 8 8 Ninguna
- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 Rehusó contestar

Seccion 18: Salud femenina

Nota CATI: Si el encuestado es hombre, pase a la seccion siguiente.

18.1. La mamografia es una radiografia que se realiza a cada uno de los senos para detectar la existencia de un posible cancer de mama. Alguna vez se hizo una mamografia?

(172)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P18.3]**
- 7 No sabe / No esta segura **[Pase a la P18.3]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la P18.3]**

18.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una mamografia?

(173)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5)
- 5 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusos contestar

18.3. Un examen clinico de mama es cuando un medico, enfermera u otro profesional de la salud palpa sus senos para detectar la posible existencia de bultos. Alguna vez le hicieron un examen clinico de mama?

(174)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P18.5]**
- 7 No sabe / No esta segura **[Pase a la P18.5]**
- 9 Rehusos contestar **[Pase a la P18.5]**

18.4. Cuando fue la ultima vez que se hizo un examen de mama?

(175)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5)
- 5 Hace 5 anos o mas
- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusos contestar

18.5. Un PAP (examen de Papanicolau) es un examen que se realiza para detectar la existencia de cancer en el cuello del utero. Alguna vez se hizo un PAP?

(176)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P18.7]**
- 7 No sabe / No esta segura **[Pase a la P18.7]**
- 9 Rehusos contestar **[Pase a la P18.7]**

18.6. Cuando fue la ultima vez que se hizo un PAP?

(177)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3)
- 4 En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5)
- 5 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 11.18 =1 (esta embarazada) pase a la seccion siguiente

18.7. Le han practicado una histerectomia? (178)

Lea solo si fuera necesario:

La histerectomia es una cirugia mediante la cual se extrae el utero (la matriz).

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta segura
- 9 Rehusó contestar

Seccion 19: Deteccion del cancer de prostata

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 39 anos o mas, o es mujer, pase a la seccion siguiente.

19.1. La prueba del antígeno específico de la prostata, llamada también PSA (por sus siglas en inglés), es un análisis de sangre que se usa para detectar el cancer de prostata. Alguna vez se hizo una prueba PSA? (179)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la P19.3]
- 7 No sabe / No esta seguro [Pase a la P19.3]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la P19.3]

19.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una prueba PSA? (180)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo año (en cualquier momento en los últimos 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

No lea:

- 7 No sabe
- 9 Rehusó contestar

- 19.3.** Un examen digital del recto es un examen en el que un medico, enfermero u otro profesional de la salud palpa el recto con el dedo enguantado para examinar el tamano, la forma y la dureza de la glandula prostatica. Alguna vez le hicieron un examen digital del recto? (181)
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Si | |
| 2 | No | [Pase a la P19.5] |
| 7 | No sabe / No esta seguro | [Pase a la P19.5] |
| 9 | Rehusos contestar | [Pase a la P19.5] |

- 19.4.** Cuando fue la ultima vez que se hizo un examen digital del recto? (182)

Lea solo si fuera necesario:

- | | |
|---|---|
| 1 | En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses) |
| 2 | En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2) |
| 3 | En los ultimos 3 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 3) |
| 4 | En los ultimos 5 anos (hace mas de 3 anos pero menos de 5) |
| 5 | Hace 5 anos o mas |

No lea:

- | | |
|---|--------------------------|
| 7 | No sabe / No esta seguro |
| 9 | Rehusos contestar |

- 19.5.** Alguna vez algun medico, enfermero u otro profesional de la salud le informo que tenia cancer de prostata? (183)
- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Si |
| 2 | No |
| 7 | No sabe / No esta seguro |
| 9 | Rehusos contestar |

Seccion 20: Deteccion del cancer colorrectal

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 49 anos o mas, pase a la seccion 16 (Osteoporosis).

- 20.1.** La prueba de sangre en las heces es una prueba que puede hacerse con un dispositivo de prueba especial para uso en el hogar, a fin de detectar la presencia de sangre en las heces. Alguna vez se hizo esta prueba utilizando un dispositivo de prueba de uso domestico? (184)
- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Si | |
| 2 | No | [Pase a la P20.3] |
| 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la P20.3] |
| 9 | Rehusos contestar | [Pase a la P20.3] |

20.2. Cuando fue la ultima vez que se hizo una prueba de sangre en las heces utilizando un dispositivo de prueba de uso domestico? (185)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 Hace 5 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

20.3. La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos a fin de detectar señales de cancer u otros trastornos de salud. Alguna vez se ha hecho alguno de estos exámenes? (186)

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la seccion siguiente]**
- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase a la seccion siguiente]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase a la seccion siguiente]**

20.4. Cuando fue la ultima vez que se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia? (187)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 En el ultimo ano (en cualquier momento en los ultimos 12 meses)
- 2 En los ultimos 2 anos (hace mas de 1 ano pero menos de 2)
- 3 En los ultimos 5 anos (hace mas de 2 anos pero menos de 5)
- 4 En los ultimos 10 anos (hace mas de 5 anos pero menos de 10)
- 5 Hace 10 anos o mas

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 21: VIH/SIDA

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada tiene 65 anos o mas, pase a la seccion siguiente.

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud del VIH, el virus que causa el SIDA. Por favor recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Si bien le preguntaremos si se ha realizado exámenes, no le preguntaremos sobre los resultados de ninguno de ellos.

21.1 Alguna vez se ha hecho la prueba de VIH? No tenga en cuenta las pruebas que le hayan realizado al donar sangre. Incluya las pruebas de saliva. (188)

- 1 Si
- 2 No [Pase a la siguiente seccion]
- 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase a la siguiente seccion]
- 9 Rehusó contestar [Pase a la siguiente seccion]

21.2 Sin incluir las donaciones de sangre, en que mes y año se realizó la última prueba de VIH? (189-194)

NOTA: Si la respuesta es anterior a enero de 1985, codifique "no sabe."

- ___ / ___ Codifique mes y año
- 7 7 7 7 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 9 9 9 9 Rehusó contestar

21.3 Donde se hizo la última prueba de VIH: con un médico particular, en un consultorio de una HMO, en un centro de asesoramiento y control, en un hospital, en una clínica, en una cárcel o prisión, en un centro para tratamiento de adicción a drogas, en su hogar o en algún otro lugar? (195-196)

- 01 Médico particular o HMO
- 02 Centro de asesoramiento y control
- 03 Hospital
- 04 Clínica
- 05 Carcel o prision (u otra institucion correccional)
- 06 Centro para tratamiento de adicción a drogas
- 07 En el hogar
- 08 En otro lugar
- 77 No sabe / No esta seguro/a
- 99 Rehusó contestar

{ CATI Note: Ask Q21.4 only if Q21.2 is within the last 12 months; otherwise go to next section }

21.4 Fue una prueba rápida en la que supo el resultado en un par de horas? (197)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Seccion 22: Apoyo emocional y grado de satisfaccion con la vida

Las siguientes dos preguntas se refieren al apoyo emocional y al grado de satisfacción con respecto a su vida actual.

22.1 Con que frecuencia obtiene el apoyo social y emocional que necesita?
[INTERVIEWER NOTE: If asked: "Por favor incluya ingresos de cualquier fuente".] (198)

Por favor lea:

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 En ocasiones
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

22.2 En terminos generales, cuan satisfecho/a esta con su vida? (199)

Por favor lea:

- 1 Muy satisfecho/a
- 2 Satisfecho/a
- 3 Insatisfecho/a
- 4 Muy insatisfecho/a

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Transicion a modulos

Por favor lea:

Por ultimo, le hare otras cuantas preguntas acerca de otros temas relacionados con la salud.

Modulo 1: Seleccion aleatoria de ninos

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 11.6 =88 o 99 (no hay ninos menores de 18 anos en el hogar o rehusa contestar) pase al modulo siguiente.

Si la respuesta a la pregunta basica 11.6 =1, Encuestador/a, por favor lea: “Anteriormente usted menciona que en su hogar habia un nino / una nina de 17 anos de edad o menor. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre ese menor”. **[Pase a la P1]**

Si la pregunta basica 11.6 >1 y la pregunta basica 11.6 no es 88 ni 99, encuestador por favor lea: “Anteriormente usted menciona que en su hogar habia [cantidad] ninos de 17 anos de edad o menores. Piense en esos [cantidad] ninos en orden de nacimiento, del mayor al menor. El nino / la nina mayor es el primero y el/la menor es el ultimo.” Por favor incluya tambien a los ninos que tengan la misma fecha de nacimiento, como mellizos, de acuerdo al orden de nacimiento.

INSTRUCCION CATI: ELIJA AL AZAR UNO DE LOS NINOS. Este es el nino numero “X”. En todas las preguntas que figuran a continuacion, sustituya la “X” por el numero correspondiente al nino elegido.

Encuestador/a, por favor lea:

Me gustaria hacerle algunas preguntas adicionales sobre uno de los ninos en particular. El nino al que me referire es el “X^o” **[CATI: por favor complete con el numero correspondiente]** de los ninos que viven en su hogar. Todas las preguntas que le hare a continuacion se referiran al “X^o” nino. **[CATI: por favor complete]”**

Mod1_1 En que mes y ano nacio el "X^o" nino?

(200-205)

__/_ __ __ __
7 7 / 7 7 7 7 7
9 9 / 9 9 9 9

Codifique mes y ano
No sabe / No esta seguro/a
Rehusa contestar

INSTRUCCION CATI: Calcule la edad del nino en meses (EDADNINO1=0 a 216) y tambien en anos (EDADNINO2=0 a 17) en base a la fecha de la encuesta y el mes y el ano de nacimiento, tomando como valor para el dia de nacimiento el 15. Si el nino seleccionado tiene mas de 12 meses, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y 0 en EDADNINO2. Si el nino tiene 12 meses o menos, ingrese la cantidad de meses en EDADNINO1 y escriba en EDADNINO2= TRUNCO (EDADNINO1/12).

Mod1_2. El nino en cuestion, es nino o nina?

(206)

1 Nino
2 Nina
9 Rehusa contestar

Mod3_3 Es el nino / la nina hispano/a o latino/a?

(207)

1 Si
2 No

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod4_4. Cual o cuales de las siguientes opciones diria que es el grupo etnico del nino / de la nina?

(208-213)

[Marque todas las opciones que correspondan]

Por favor lea:

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- U**
- 6 Otro [especifique] _____

No lea:

- 8 No indica opciones adicionales
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Nota CATI: En caso de multiples respuestas a la P4, continúe. De no ser así, pase a la P6.

Mod5_5. Cuales de los siguientes grupos diria usted que es el mas representativo del grupo etnico del nino / de la nina?

(214)

- 1 Blanco
- 2 Negro o Afroamericano
- 3 Asiatico
- 4 Nativo de Hawai o de otras Islas del Pacifico
- 5 Indio americano o nativo de Alaska
- 6 Otros
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod6_6. Que relacion tiene usted con el nino / la nina?

(215)

Por favor lea:

- 1 Padre o madre (incluye padre o madre biologico/a, padrastro / madrastra o padre o madre adoptivo/a)
- 2 Abuelo/a
- 3 Padre o madre de adopcion temporal o tutor
- 4 Hermano/a (incluye biologico, hermanastro/a o hermano/a adoptivo/a)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relacion

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Modulo 3: Incidencia del asma infantil

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 13.6 es “00” o “88” (ninguna) o “99” (se niega a responder), pase al modulo siguiente.

Las siguientes dos preguntas son acerca del “X^o” niño [CATI: por favor complete con el numero correspondiente].

- Mod3_1.** En alguna ocasion, algun medico u otro profesional de la salud le informo que el niño / la niña “X^o” tenia asma? (227)
- 1 Si
 - 2 No [Pase al modulo siguiente]
 - 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase al modulo siguiente]
 - 9 Rehusó contestar [Pase al modulo siguiente]

- Mod3_2.** El niño aun tiene asma? (228)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Modulo 5: Deterioro visual y acceso a cuidados oculares

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre que grado de dificultad (de haberla) tiene usted para realizar ciertas actividades. Si usa anteojos o lentes de contacto, por favor indique su capacidad de realizarlas utilizando los anteojos o lentes de contacto.

Nota CATI: Si el encuestado / la encuestada es menor de 40 años, pase al modulo siguiente.

- Mod5_1.** Que grado de dificultad (de haberla) tiene usted para reconocer a un amigo al otro lado de la calle? Diria usted que... (249)
- Por favor lea:**
- 1 Ninguna dificultad
 - 2 Cierta dificultad
 - 3 Dificultad moderada
 - 4 Extrema dificultad
 - 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
 - 6 No puede hacerlo por otros motivos

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod5_2. Que grado de dificultad (de haberla) tiene para leer periodicos, revistas, recetas, menus o numeros en el telefono? Diria que...

(250)

Por favor lea:

- 1 Ninguna dificultad
- 2 Cierta dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Extrema dificultad
- 5 No puede hacerlo por cuestiones visuales
- 6 No puedo leer por otras razones

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Mod5_3. Cuando fue la ultima vez que un doctor o proveedor de atencion medica le examino los ojos?

(251)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes) **[Pase a la P5]**
- 2 El año pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses) **[Pase a la P5]**
- 3 Dentro de los 2 ultimos años (entre 1 año y menos de 2 años)
- 4 hace 2 o mas años
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Mod5_4. Cual es la principal razon por la cual no ha consultado a un proveedor de cuidados de la vista en los ultimos 12 meses?

(252-253)

Lea solo si fuera necesario:

- 0 1 Costo/seguro
- 0 2 No tengo/no conozco a un oculista
- 0 3 No puedo ir al consultorio/clinica (esta muy lejos, no tengo transporte)
- 0 4 No pude obtener una cita

- 0 5 No hay razon para ir (no tengo ningun problema)
- 0 6 No se me habia ocurrido
- 0 7 Otro

No lea:

- 7 7 No sabe / No esta seguro/a
- 0 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 9 Rehusos contestar

Nota CATI: Pase a P5, si hay alguna respuesta al Modulo 4 (Diabetes) P10.

Mod5_5. Cuando fue la ultima vez que le hicieron un examen de la vista con las pupilas dilatadas? Este examen aumenta su sensibilidad a la luz temporalmente. (254)

Lea solo si fuera necesario:

- 1 El mes pasado (cualquier momento hace menos de 1 mes)
- 2 El ano pasado (entre 1 mes y menos de 12 meses)
- 3 Dentro de los 2 ultimos anos (entre 1 ano y menos de 2 anos)
- 4 hace 2 o mas anos
- 5 Never

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_6. Tiene algun tipo de cobertura medica especifica para problemas oculares? (255)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_7. Algun oculista o medico le ha informado que ACTUALMENTE usted tiene cataratas? (256)

- 1 Si
- 2 Si, pero se las extrajeron
- 3 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusos contestar

Mod5_8. Algun oculista u otro medico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tiene glaucoma? (257)

- 1 Si
- 2 No

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar

Por favor lea:

La Degeneración Macular (AMD) debida a la edad es una enfermedad que torna borrosa la vision central y de precision necesaria para realizar actividades “frontales”, como leer, coser y conducir. La AMD afecta la macula, es decir, la parte del ojo que le permite ver los detalles.

- Mod5_9. Algun oculista u otro medico le ha informado ALGUNA VEZ que usted tenia degeneracion macular? (258)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 8 No se aplica (ciego/a) **[Pase al modulo siguiente]**
 - 9 Rehusó contestar

- Mod5_10.** Ha sufrido ALGUNA VEZ alguna lesion ocular en su lugar de trabajo mientras trabajaba? (259)
- 1 Si
 - 2 No
 - 7 No sabe / No esta seguro/a
 - 9 Rehusó contestar

Modulo 8: Planificacion familiar

Si es la encuestada es mayor de 45 años y se le practico una histerectomia, o si esta embarazada, o si se trata de un hombre mayor de 60 años, pase al modulo siguiente.

Las siguientes preguntas se refieren a su opinion y experiencia con la planificacion familiar. Por favor recuerde que todas sus respuestas son confidenciales.

- Mod8_1.** Algunos metodos para prevenir el embarazo son: no tener relaciones sexuales en ciertos días, usar metodos anticonceptivos (“pildora”, implantes, inyecciones, condones, diafragma, esponja, DIU, atarse las trompas o hacerse una vasectomia). Usted o su **[si es mujer, inserte “marido/companero”; si es hombre, inserte “esposa/companera”]** esta haciendo algo para evitar que **[si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”]** quede embarazada? (286)

NOTA: Si tiene mas de un companero/a, considere el/la companero/a habitual.

- 1 Si
- 2 No **[Pase a la P3]**
- 3 No tiene companero/a/sexualmente inactivo/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 4 Companero/a del mismo sexo **[Pase al modulo siguiente]**

- | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| 7 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase al modulo siguiente] |
| 9 | Rehusó contestar | [Pase al modulo siguiente] |

Mod8_2. Que están haciendo usted o su **[si es mujer, inserte “marido/companero”; si es hombre, inserte “esposa/companera”]** para evitar que **[si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”]** quede embarazada?
(287-288)

Lea solo si fuera necesario:

- | | | |
|----|--|-----------------------------------|
| 01 | Se hizo atar las trompas | [Pase al modulo siguiente] |
| 02 | Histerectomía (esterilización femenina) | [Pase al modulo siguiente] |
| 03 | Vasectomía (esterilización masculina) | [Pase al modulo siguiente] |
| 04 | Píldoras de todo tipo (Seasonale, etc.) | [Pase a la P4] |
| 05 | Condones (masculino o femenino) | [Pase a la P4] |
| 06 | Implantes anticonceptivos (Jadelle o Implants) | [Pase a la P4] |
| 07 | Inyecciones (Depo-Provera) | [Pase a la P4] |
| 08 | Anillo anticonceptivo (Nuvaring u otros) | [Pase a la P4] |
| 09 | Parche anticonceptivo | [Pase a la P4] |
| 10 | Diafragma, anillo cervical o tapon | [Pase a la P4] |
| 11 | DIU (incluso Mirena) | [Pase a la P4] |
| 12 | Anticonceptivo de emergencia (EC) | [Pase a la P4] |
| 13 | Retirar antes de eyacular | [Pase a la P4] |
| 14 | No tener relaciones sexuales en ciertos días (ritmo) | [Pase a la P4] |
| 15 | Otro método (espuma, gel, crema, etc.) | [Pase a la P4] |

No lea:

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------|
| 77 | No sabe / No esta seguro/a | [Pase a la P4] |
| 99 | Rehusó contestar | [Pase a la P4] |

Mod8_3. ¿Cuál es la principal razón para no hacer nada para evitar que **[si es mujer, inserte “usted”; si es hombre, inserte “ella”]** quede embarazada?
(289-290)

Lea solo si fuera necesario:

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | No pienso que fuera a tener relaciones sexuales/no tiene compañero/a regular | |
| 02 | Quiere quedar embarazada | |
| 03 | Usted o su compañero/a no quiere usar métodos anticonceptivos | |
| 04 | A usted o a su compañero/a no le gustan los métodos anticonceptivos/temen los efectos secundarios | |
| 05 | No puede pagar el costo de usar métodos anticonceptivos | |
| 06 | Lapso en el uso de un método | |
| 07 | No cree que usted/su compañera pueda quedar embarazada | |
| 08 | Usted/su compañera se hizo atar las trompas (esterilización) [Pase al modulo siguiente] | |
| 09 | Usted/su compañero se hizo una vasectomía (esterilización) [Pase al modulo siguiente] | |
| 10 | A usted/a su compañera le hicieron una histerectomía [Pase al modulo siguiente] | |
| 11 | Usted/su compañera ya no puede quedar embarazada por la edad | |
| 12 | Usted/su compañera está amamantando | |
| 13 | Usted/su compañera acaba de tener un bebé / está en posparto | |

- 14 Otra razon
- 15 No le importa si queda embarazada
- 16 En este momento la companera esta embarazada **[Pase al modulo siguiente]**

No lea:

- 77 No sabe / No esta seguro/a
- 99 Rehusó contestar

Mod8_4. Que piensa sobre tener un hijo ahora o en un futuro? Diria que:

(291)

Por favor lea:

- 1 No quisiera tener un hijo **[Pase al modulo siguiente]**
- 2 Si quisiera tener un hijo **[Pase a la P5]**
- 3 No esta seguro/a de tener un hijo **[Pase al modulo siguiente]**

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a **[Pase al modulo siguiente]**
- 9 Rehusó contestar **[Pase al modulo siguiente]**

Mod8_5. Cuan pronto quisiera tener un hijo? Diria que:

(292)

Por favor lea:

- 1 En menos de 12 meses
- 2 Entre 12 meses y menos de 2 anos a partir de ahora
- 3 Entre dos anos y menos de 5 anos a partir de ahora, o
- 4 5 o mas anos a partir de ahora

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Modulo 10: Politicas acerca del tabaquismo pasivo

Mod10_1. Cual de las siguientes opciones describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

(300)

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en ningun lugar dentro de la casa
- 2 Se permite fumar unicamente en ciertos lugares o en ciertas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de la casa
- o
- 4 No hay reglas en cuanto a fumar dentro de la casa

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Nota CATI: Si la respuesta a la pregunta basica 11.8 = 1 (empleado asalariado) o 2 (trabajador(a) independiente) continúe. De no ser así, pase al modulo siguiente.

- Mod10_2.** Trabaja normalmente en ambientes cerrados? (301)
- 1 Si
 - 2 No [Pase al modulo siguiente]
 - 7 No sabe / No esta seguro/a [Pase al modulo siguiente]
 - 9 Rehusó contestar [Pase al modulo siguiente]

- Mod10_3.** Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica de su lugar de trabajo acerca de fumar en ambientes cerrados o areas comunes como corredores, banos y comedores? (302)
- Nota: En el caso de personas cuyo trabajo consiste en visitar clientes o que trabajan en su casa, "lugar de trabajo" significa su ubicacion base. En el caso de trabajadores independientes que trabajan en su casa, la politica oficial sobre fumar significa las reglas del hogar.**

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en lugares publicos
- 2 Se permite fumar en algunos lugares publicos
- 3 Se permite fumar en todos los lugares publicos

o

- 4 No hay politica oficial

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

- Mod10_4.** Cual de las siguientes opciones describe mejor la politica oficial de su lugar de trabajo respecto a fumar en las areas de trabajo? (303)

Por favor lea:

- 1 No se permite fumar en las areas de trabajo
- 2 Se permite fumar en algunas areas de trabajo
- 3 Se permite fumar en todas las areas de trabajo

o

- 4 No hay politica oficial

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Modulo 11: Calidad del aire dentro del hogar

Las siguientes cinco preguntas tratan sobre la calidad del aire en su hogar.

Nota: Hogar significa el domicilio principal del encuestado / de la encuestada.

Mod11_1. El sistema de calefaccion en su hogar consiste en un horno o caldera que quema petroleo, gas, carbon u otro tipo de combustible? (304)

Lea solo en caso de ser necesario: No incluya incineradores o calderas totalmente electricos.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod11_2. Tiene en su hogar alguno de los siguientes aparatos que utilicen como combustible el gas natural: una cocina, un horno, un calentador de agua o un secador de ropa? (305)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehusó contestar

Mod11_3. En los ultimos 12 meses, en cuantos dias ha utilizado una estufa a carbon, estufa a lena o calentador a base de kerosen dentro de su casa? (306-308)

Nota: Si la respuesta es 777 (No sabe / No esta seguro/a) pregunte la cantidad aproximada de dias.

- __ __ Cantidad de dias
- 555 No tiene
- 888 Ninguno
- 777 No sabe / No esta seguro/a
- 999 Rehusó contestar

Mod11_4. Un detector de monoxido de carbono (detector de CO) es un detector que controla el nivel de monoxido de carbono en el aire de su hogar. No es un detector de humo. Tiene un detector de CO en su hogar? (309)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a

9 Rehuso contestar

Mod11_5. En este momento, su casa tiene areas de moho de un tamaño mayor al de un billete de un dolar?

(310)

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Rehuso contestar

State-Added 1: Oral Health

AZ1_1. Cual de las siguientes describe mejor el agua que usted toma en casa mas frecuentemente?

Please read

- 1 Agua de la llave no filtrada
- 2 Agua de la llave filtrada
- 3 Agua de botella o agua distribuida por un vendedor
- 4 Agua de otro origen

Do not read

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 2: Epilepsy

AZ2_1. Alguna vez le ha dicho un doctor a usted que tiene algun desorden convulsivo o epilepsia?

- 1 Si
- 2 No **[Go to AZ3_1]**
- 7 No sabe/no esta seguro(a) **[Go to AZ3_1]**
- 9 Se rehusa **[Go to AZ3_1]**

AZ2_2. Esta usted actualmente tomando alguna medicina para controlar su desorden convulsivo o epilepsia?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

AZ2_3. Cuantas convulsiones o ataques epilepticos de cualquier tipo ha tenido usted en los ultimos tres meses?

[Instrucciones: Si la persona menciona y cuenta auras como si fueran convulsiones, acepte esa respuesta. Si la persona indica que el/ella no ha tenido nada mas que un aura o si no esta seguro(a) si debe contar las auras, NO cuente las auras como convulsiones.]

- 1 Ninguno
- 2 Una
- 3 Mas de una
- 4 Ya no tiene epilepsia o desordenes convulsivos **[Go to AZ3_1]**
- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

AZ2_4. Durante el ano pasado, visito usted a un neurologo o especialista en epilepsia para su desorden convulsivo o epilepsia?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

AZ2_5. Durante el mes pasado, que tanto ha interferido su epilepsia o tratamiento para la epilepsia con sus actividades normales como el trabajar, la escuela, o el socializar con su familia o amigos? Diria usted que...

Please read

- 1 Nada
- 2 Ligeramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremadamente

Do not read

- 7 No sabe/no esta seguro(a)
- 9 Se rehusa

State-Added 3: Fruits & Vegetables

Las siguientes preguntas se refieren a las cosas que usted suele comer o beber. Por favor digame con que frecuencia come o bebe cada una de las siguientes cosas, por ejemplo, dos veces por semana, tres veces por mes, etc. Recuerde que solamente estoy interesado en los alimentos y las bebidas que *usted* consume. Incluya todos los alimentos que *usted* ingiera, tanto dentro como fuera de su casa.

AZ3_1. Con que frecuencia bebe jugos de fruta como naranja, pomelo o tomate?

- 1__ Per day
- 2__ Per week
- 3__ Per month
- 4__ Per year

5 5 5 Never
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ3_2. Sin contar los jugos, con que frecuencia come fruta?

1__ __ Per day
2__ __ Per week
3__ __ Per month
4__ __ Per year

5 5 5 Never
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ3_3. Con que frecuencia come ensaladas verdes?

1__ __ Per day
2__ __ Per week
3__ __ Per month
4__ __ Per year

5 5 5 Never
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ3_4. Con que frecuencia come patatas, sin contar patatas salteadas, patatas fritas o patatas "chips"?

1__ __ Per day
2__ __ Per week
3__ __ Per month
4__ __ Per year

5 5 5 Never
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ3_5. Con que frecuencia come zanahorias?

1__ __ Per day
2__ __ Per week
3__ __ Per month
4__ __ Per year

5 5 5 Never
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ3_6. Sin contar las zanahorias, las patatas o las ensaladas, cuantas porciones de verduras suele comer?

[Ejemplo: Una porcion de verduras al almuerzo y una a la cena serian dos porciones.]

- 1__ __ Per day
- 2__ __ Per week
- 3__ __ Per month
- 4__ __ Per year

- 5 5 5 Never
- 7 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 9 Refused

State-Added 4: Physical Activity

{If "employed" or "self-employed" to core Q11.8 continue, otherwise go to AZ4_2.}

AZ4_1. Cuando esta en el trabajo, cual de las siguientes opciones describe mejor su actividad? Diria usted que...

[Note: Si el encuestado / la encuestada tiene varios trabajos, incluyalos todos.]

- 1 Esta sentado/a o de pie la mayor parte del tiempo
- 2 Camina la mayor parte del tiempo
- 3 Realiza trabajos pesados o que requieren un gran esfuerzo fisico la mayor parte del tiempo.

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro/a
- 9 Se niega a contestar

Estamos interesados en dos tipos de actividad fisica: energica y moderada. Las actividades energicas aceleran en gran medida la respiracion y el ritmo cardiaco, en tanto que las actividades moderadas solamente generan un pequeno aumento de los mismos.

AZ4_2. Ahora, considerando las actividades moderadas que usted realiza [diga "cuando no esta trabajando" si el encuestado / la encuestada esta "empleado/a" o es "trabajador/a independiente"] en una semana promedio, realiza usted actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, pasar la aspiradora, realizar tareas de jardineria o cualquier otra actividad que pueda acelerar el ritmo respiratorio o cardiaco?

- 1 Yes
- 2 No **[Go to AZ4_5]**
- 7 Don't know/Not sure **[Go to AZ4_5]**

9 Refused **[Go to AZ4_5]**

AZ4_3. En cuantos dias por semana realiza estas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos?

___ ___ Days per week
7 7 Don't know / Not sure **[Go to AZ4_5]**
8 8 Do not do any moderate physical activity for at least 10 minutes at a time
[Go to AZ4_5]
9 9 Refused **[Go to AZ4_5]**

AZ4_4. Los dias en que realiza actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, cuanto tiempo, en total, dedica por dia a estas actividades?

__:__ Hours and minutes per day
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

AZ4_5. Considerando las actividades intensas que usted realiza [complete con "cuando no esta trabajando" si esta "empleado/a" o es "trabajador/a independiente"] en una semana promedio, realiza usted actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aerobicos, trabajos pesados en el jardin o cualquier otra actividad que pueda provocar un gran aumento en el ritmo respiratorio o cardiaco?

1 Yes
2 No **[go to next state-added section]**
7 Don't know/Not sure **[go to next state-added section]**
9 Refused **[go to next state-added section]**

AZ4_6. En cuantos dias por semana realiza estas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos?

___ ___ Days per week
7 7 Don't know / Not sure **[go to next section]**
8 8 Do not do any vigorous physical activity for at least 10 minutes at a time
[go to next section]
9 9 Refused **[go to next section]**

AZ4_7. En los dias en que realiza actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, cuanto tiempo, en total, dedica por dia a estas actividades?

__:__ Hours and minutes per day
7 7 7 Don't know / Not sure
9 9 9 Refused

State-Added 5: Folic Acid

AZ5_1. Toma actualmente algun tipo de multivitaminas o suplementos que contengan acido folico?

- 1 Yes
- 2 No [Go to AZ5_3]
- 7 Don't know/Not sure [Go to AZ5_3]
- 9 Refused [Go to AZ5_3]

AZ5_2. Que tan seguido toma usted estas multivitaminas o suplemento?

- 1__ __ Times per day
- 2__ __ Times per week
- 3__ __ Times per month
- 7 7 7 Don't know / Not sure
- 9 9 9 Refused

AZ5_3. Algunos expertos de la salud recomiendan que las mujeres tomen cuatrocientos microgramos de vitamina B acido folico todos los dias. Recomiendan esto debido a cual de las siguientes razones?

Please read

- 1 Para fortalecer los huesos
- 2 Para prevenir defectos de nacimiento
- 3 Para prevenir la presion sanguinea alta

Or

- 4 Some other reason

Do not read

- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

State-Added 6: COPD

AZ6_1. Algun medico u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que ud tenia enfisema?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

AZ6_2. Algun medico u otro profesional de la salud le ha dicho alguna vez que usted tenia bronquitis cronica?

- 1 Yes
- 2 No
- 7 Don't know/Not sure
- 9 Refused

Module 17: General Preparedness

La siguiente serie de preguntas trata sobre desastres o emergencias a gran escala. Un desastre o emergencia a gran escala es cualquier evento que le deja aislado en su casa o hace que se vaya de su casa durante por lo menos 3 días. Esto puede incluir desastres naturales como huracanes, tornados, inundaciones y tormentas de hielo o pueden ser desastres causados por el hombre como explosiones, acontecimientos terroristas o apagones generales.

1. Que tan bien preparado cree que esta su hogar para poder sobrellevar un desastre o una emergencia a gran escala? Diria que ...

Por favor lea:

- 1 Muy preparado
- 2 Algo preparado
- 3 No esta preparado

No lea:

- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

2. En su hogar tiene un plan de evacuacion en caso de que ocurra un desastre, un plan escrito sobre como salir de la casa en caso de que suceda un desastre o emergencia a gran escala que requiera evacuacion?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

3. En su hogar hay un abastecimiento de agua para 3 dias para cada persona que vive ahi? Un abastecimiento de agua para 3 dias equivale a 1 galon por persona por dia.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

4. En su hogar hay un abastecimiento de alimentos no perecederos para 3 días para cada persona que vive ahí? Los alimentos no perecederos son aquellos que no necesitan refrigeración ni necesitan cocinarse.

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

5. En su hogar hay un abastecimiento de medicamentos de venta con receta para 3 días para cada persona que necesite esos medicamentos?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Nadie en el hogar requiere medicamentos de venta con receta
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

6. En su hogar tiene un radio de baterías o baterías en buen funcionamiento que pueda utilizar si hay una interrupción en el suministro de electricidad?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

7. En su hogar tiene una lámpara de mano y baterías que funcionen que pueda utilizar si hay una interrupción en el suministro de electricidad?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

8. Si las autoridades públicas anuncian una orden de evacuación para su comunidad debido a un desastre o emergencia a gran escala, usted evacuaría su comunidad?

- 1 Si
- 2 No
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

9. ¿Cuál sería la principal razón por la que no evacuaría su comunidad aunque le se pida que lo haga?

- 01 Falta de transporte
- 02 Falta de confianza en los funcionarios públicos
- 03 Preocupación de dejar sus bienes materiales
- 04 Preocupación por la seguridad personal
- 05 Preocupación por la seguridad de la familia

- 06 Preocupacion por dejar a sus mascotas
- 07 Otro
- 77 No sabe / No esta seguro
- 99 Se rehusa

10. En un desastre o emergencia a gran escala, cual seria el metodo principal para comunicarse con familiares y amigos?

- 1 Telefono normal
- 2 Telefono celular
- 3 Correo electronico
- 4 Biper
- 5 Radio de 2 vias
- 6 Otro
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

11. Cual seria el metodo principal de obtener informacion de las autoridades durante un desastre o emergencia a gran escala?

- 1 Television
- 2 Radio
- 3 Internet
- 4 Medios de comunicacion escritos
- 5 Vecinos
- 6 Otro
- 7 No sabe / No esta seguro
- 9 Se rehusa

State-Added 7: Emergency Preparedness

AZ7.1. Cuanto esta Ud de acuerdo con la siguiente afirmacion: " yo siento que el Estado de Arizona nos ha brindado apropiada informacion a mi y a mi familia para que podamos identificar situaciones de emergencia , y nosotros sabemos que necesitamos hacer si estos eventos ocurren". Ud. diria que esta:

Please Read

- 1 Fuertemente de Acuerdo
- 2 De Acuerdo
- 3 En Desacuerdo
- 4 Fuertemente en Desacuerdo

Do not read

- 7 don't know / not sure
- 9 refused

Asthma Follow-up Questions

{Arizona will participate in the Adult & Child Asthma Callback survey}

{If s8q1 or s8q2=1 or mod3_1 or mod3_2=1 continue, else go to closing}

{If ADULT only, proceed with ADULT; IF CHILD only, proceed with CHILD; If ADULT AND CHILD, proceed to Asthma Selection}

Asthma Selection: {ASTHMA CALLBACK SELECTION: CHOOSE ADULT OR CHILD. (50% ADULT / 50% CHILD)}

ast1. Nos gustaria llamarle de nuevo dentro de las proximas 2 semanas para hablar en mas detallado sobre las experiencias de asma de (usted/su hijo(a)). La informacion sera usada para ayudar a desarrollar y mejorar los programas de asma en Arizona.

La informacion que usted nos dio el dia de hoy y cualquiera informacion que usted nos de en el futuro se mantendra confidencial. Si usted esta de acuerdo, mantendremos su primer nombre o iniciales y numero de telefono archivados, separado de las respuestas coleccionadas el dia de hoy. Aunque usted acceda ahorita, usted puede negarse a participar en el futuro. Estaria bien si le llamaramos despues para hacer preguntas adicionales relacionadas con asthma?

- 1 Yes
- 2 No [go to closing]

ast2. Podria darme el nombre o iniciales de (fill in) para saber por quien preguntar cuando llamemos de nuevo?

- 1 Gave Information
- 9 Refused

ast3. ENTER NAME: _____

Closing Statement

Por favor lea:

Esta fue mi ultima pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinaran para brindarnos informacion sobre las practicas de salud de la poblacion de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperacion.

Language Indicator

Lang1. **INTERVIEWER:** In what language was this interview completed?

- 1 English
- 2 Spanish